

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL

RESUME

ANALYSE SITUATIONNELLE DES SOINS ET PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA ET DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES BURKINA FASO, CAMEROUN, COTE D'IVOIRE, TOGO

Avril 2001

Préparé pour le Projet SFPS

Par

Claudes Kamenga, M.D., M.P.H., FHI/IMPACT
Youssef Sawadogo, M.D., FHI/IMPACT
Charles Zouzoua, M.D., FHI/IMPACT
Karim Seck, M.D., Consultant FHI/IMPACT



Table des Matières

Page

Sigles et Acronymes

I. Introduction

II. Contexte

Burkina Faso

Cameroun

Côte d'Ivoire

Togo

III. Analyse de la situation des soins et prise en charge du VIH/SIDA et des IST

3.1. Conseil, dépistage et accompagnement psychologique des PVVIH

Burkina Faso

Cameroun

Côte d'Ivoire

Togo

3.2. Soins et prise en charge des PVVIH

3.2.1. Prise en charge médicale

Burkina Faso

Cameroun

Côte d'Ivoire

Togo

3.2.2. Prise en charge sociale, communautaire et à domicile

Burkina Faso

Cameroun

Côte d'Ivoire

Togo

3.3. Prise en charge des Infections Sexuellement Transmissibles

Burkina Faso

Cameroun

Côte d'Ivoire

Togo

Sigles et Acronymes

AFAFSI	Association des Femmes Africaines Face au SIDA
AFSU	Association des Frères et Soeurs Unis
AMC	Aide Médicale et Charité
APRODEC	Association de lutte contre le SIDA par la Promotion du Dépistage et du Conseil
ARV	Anti-Rétroviraux
CADI	Centre Anonyme de dépistage et d'information
CASM	Centre d'Assistance Socio-Médicale
CAT	Centre Antituberculeux
Centre SAS	Centre Solidarité, Action Sociale
CICDoc	Centre d'Information, de Conseil et de Documentation sur le SIDA et la Tuberculose
CIPS	Centre d'Information et de Prévention du Sida
CNLS	Comité National de Lutte contre le SIDA
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DITRAME	Projet Diminution de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
FAMME	Forces en Action pour le Mieux-être de la Mère et de l'Enfant
FHI	Family Health International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FSU	Formation Sanitaire Urbaine
FSUCom	Formation Sanitaire Urbaine à Base Communautaire
GTC	Groupe Technique de Coordination
IMPACT	Implementing AIDS Care and Prevention Project
IO	Infections opportunistes
IST	Infections sexuellement transmissibles
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA
OPALS	Organisation Panafricaine de Lutte contre le VIH/SIDA
PAVIH	Personnes affectées par le VIH
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNLS/MST/TUB	Programme National de Lutte contre le Sida, les MST et la Tuberculose
PSAMAC	Prévention du Sida sur les Axes Migratoires dans l'Afrique du Centre
PSAMAO	Prévention du Sida sur les Axes Migratoires dans l'Afrique de l'Ouest
PSI	Population Services International
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SFPS	Projet Santé Familiale et Prévention du SIDA
SIDA	Syndrome ImmunoDéficient Acquis
SWAA	Society for Women Against AIDS in Africa
USAC	Unité de Soins Ambulatoires et de Conseil
USAID	Agence des Etats Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. Introduction

Comme dans la plupart des pays de l'Afrique au sud du Sahara, le nombre de personnes infectées ou affectées par le SIDA continue à croître dans les quatre pays (Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Togo) couverts par le projet Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS) de l'agence américaine pour le développement international (USAID). Ces pays ont vu leur prévalence de l'infection à VIH atteindre des chiffres moyens variant entre 7 et 11%. Avec la maturation de l'épidémie, ces pays voient le nombre des personnes malades de SIDA allant augmentant avec ses différentes conséquences sur les individus, les familles, et les communautés.

En réponse à cette situation alarmante, dans le cadre du projet régional de l'USAID, Santé Familiale et Prévention du SIDA, le Projet IMPACT de Family Health International (FHI/IMPACT) a été commandité pour faire une analyse de la situation sur les activités et besoins en soins et prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA, leurs familles et communautés dans les quatre pays du projet SFPS.

Ce travail a été fait dans le but de formuler des recommandations sur les interventions complémentaires et/ou prioritaires à entreprendre dans le cadre du projet SFPS pour soutenir l'action des gouvernements des quatre pays dans la prévention et la réduction de l'impact du VIH/SIDA.

La méthodologie de cette analyse de la situation conduite du 13 janvier au 31 mars 2001 a inclus, une revue de la littérature et des documents pertinents disponibles, des interviews avec des responsables des différents secteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA, des prestataires de services et des clients. Des discussions de groupes avec des personnes infectées ou affectées par le VIH et des observations directes ont été organisées dans la mesure du possible.

Ce document est une synthèse des résultats des analyses, des observations, ainsi que les recommandations de cette mission. L'équipe tient à remercier vivement les bureaux de SFPS au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Togo pour leur soutien sans lequel cette analyse n'aurait pas été possible.

Contexte

Burkina Faso

Situé dans la boucle du Niger au cœur de l'Afrique Occidentale, le Burkina Faso est un pays enclavé couvrant une superficie de 274 200 km². Il partage ses frontières avec six pays : le Mali au Nord et à l'Ouest, le Niger à l'Est, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin au Sud. Ouagadougou est la capitale du pays.

En 1996 le Burkina Faso comptait 10 312 609 habitants avec une densité moyenne de 38 habitants au km². Le taux de croissance annuel moyen est de l'ordre de 2,4% pour une espérance de vie à la naissance de 53,8 ans.

C'est en 1986 que le Burkina Faso a déclaré les dix (10) premiers cas de sida à l'OMS. En 1994, une enquête nationale de séroprévalence réalisée parmi 2159 femmes enceintes dans huit sites sentinelles trouvait une prévalence moyenne de 7,3%. La même année une enquête chez les tuberculeux retrouvait 33,6% de prévalence, 59,2% et 57,7% chez les prostituées respectivement à Ouagadougou et Bobo-dioulasso.

Cameroun

Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale situé au fond du Golfe de Guinée, à la charnière de l'Afrique occidentale et de l'Afrique centrale. D'une superficie de 475 442 km² le Cameroun est limité au nord par le Lac Tchad, à l'est par le Tchad et la République centrafricaine, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, au sud-ouest par l'Océan Atlantique et à l'Ouest par le Nigeria. La population du Cameroun était estimée (en 1998) à 14 336 000 habitants dont 51% de femmes.

Les premiers cas de sida ont été déclarés officiellement en 1985. Depuis, le nombre de malade n'a cessé d'augmenter de façon dramatique passant de 21 cas en 1986 à 5168 nouveaux cas entre janvier et octobre 2000 soit un total cumulé de plus de 34 000 depuis l'apparition de l'épidémie. La séroprévalence de l'infection à VIH au Cameroun a été multipliée pratiquement par 22 en l'espace de 13 ans passant de 0,5% en 1987 à 7,2% en 1998 et à 11% en l'an 2000.

Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire est un pays d'Afrique de l'ouest situé entre le Burkina Faso et le Mali au nord, le Libéria et la Guinée à l'est, le Ghana à l'ouest et l'océan Atlantique au sud. Sa superficie est de 322 450 km².

Les premiers cas de sida ont été déclarés officiellement en 1985 à partir de deux cas confirmés par une sérologie faite à l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire. Une enquête épidémiologique chez les femmes enceintes à Abidjan révèle un taux de séropositivité de 4% en 1987. En 1997, 1998 et 2000, des enquêtes nationales (chiffres communiqués par le PNLs/RETRO-CI) révèlent des taux de séropositivité respectives de 8,96 ; 10,51 et 9,52%.

Concernant les populations à haut risque, 32% des travailleuses de sexe fréquentant la clinique Confiance du projet RETRO-CI étaient séropositives en 1999.

Togo

Le Togo est un pays de la côte ouest africaine. Il est limité par le Burkina Faso au Nord, l'Océan Atlantique au sud, la République du Bénin à l'est et le Ghana à l'ouest. D'une superficie de 56 600 Km², il se présente par sa forme allongée du nord au sud comme un couloir reliant les pays enclavés du Sahel à l'Océan Atlantique. Le Togo est subdivisé en 5 régions administratives, cependant sur le plan sanitaire la commune de Lomé (la capitale politique et administrative) représente la 6^{ème} région du pays. La population du Togo, estimée à 4 620 026 habitants en l'an 2000, est caractérisée par son extrême jeunesse.

A l'instar de la plupart des pays africains, les premiers cas de sida ont été diagnostiqués au Togo en 1987. Bien que le nombre de cas notifiés soit loin de refléter la réalité, celui-ci n'a cessé d'augmenter pour atteindre un total cumulatif de 11785 cas en 1999. Selon l'ONUSIDA, le taux de prévalence observé dans les sites de surveillance sentinelle variait de 3 à 8%.

III. Analyse de la Situation des Soins et Prise en Charge du VIH/SIDA et des IST

3.1. Conseil, Dépistage et Accompagnement Psychologique des PVVIH

Burkina Faso

Au Burkina Faso, l'importance accordée aux activités de CDV se manifeste par le souci des autorités sanitaires du pays de réglementer l'organisation et la pratique des activités de PEC psychosociale des personnes infectées et affectées par le VIH. A Ouagadougou 7 associations regroupées au sein du CICDoc fournissent chacune à son siège et collectivement au siège du réseau qu'ils ont constitué, des services de CDV. Il en est de même à Bobo Dioulasso où l'APRODEC à travers le centre d'accueil, de dépistage et d'informations (CADI) qu'il a créé, offre le CDV.

Au Burkina Faso, les services de CDV ne sont pas en relation formelle avec les autres services de soins formels étatiques ou communautaires pour assurer le continuum de soins dont les clients ont vraiment besoin. Le suivi ou l'accompagnement psychologique des personnes dépistées et de leurs proches est le plus souvent assurée par les OBC à travers les visites à domicile ou à l'hôpital, les Groupes de parole et l'Accompagnement des patients dans les services de santé.

Le dépistage proprement dit est pratiqué au niveau d'un certain nombre de laboratoires avec lesquels les associations prestataires des services de CDV ont établi un partenariat. Le prix des tests de dépistage varie de 500 F CFA au CADI à 1 300 F CFA au CICDoc. Des institutions privées et étatiques offrent aussi des services de dépistage dont les prix varient entre 3 500 et 15 000 F CFA. L'accès au dépistage volontaire est limité et n'est pas effectif dans les zones rurales ni pour les couches économiques défavorisées.

Cameroun

Bien que l'importance du CDV et de la prise en charge psychologique soit généralement reconnue au Cameroun et malgré les efforts déjà entrepris, les activités de CDV au Cameroun demeurent circonscrites au milieu hospitalier et restent encore d'un accès assez limité malgré une demande importante. Il n'a pas été possible au cours de cette analyse d'évaluer de façon formelle le counseling en terme de procédure, de contenu et de qualité. Il apparaît cependant de manière évident que la gestion de la confidentialité posait problème.

Le dépistage du VIH proprement dit se déroule dans les principaux établissements sanitaires du niveau central, intermédiaire et périphérique. Il est à noter l'utilisation de divers protocoles reposant sur l'utilisation de tests rapides et de tests de confirmation en fonction du plateau technique disponible au niveau de chaque établissement. Il n'existe pas un protocole standardisé pour le diagnostic du VIH.

Un système de référence entre les différents services gravitant autour du CDV est malheureusement quasi-absent au Cameroun.

Côte d'Ivoire

En 1992, le premier Centre de Conseil et Dépistage volontaire a été ouvert à Abidjan. Ce centre offre des services de conseil et de dépistage gratuit aux clients qui désirent connaître leur statut sérologique. Le CIPS est également un centre de formation qui organise des stages de formation en counseling pour des conseillers ivoiriens et ceux venus de la sous-région africaine. A l'échelle du pays, trois autres CDV ont été ouverts. Les centres de Bouaké et de Korhogo soutenus par la coopération française et celui de Daloa par la GTZ (le financement prend fin en mars 2001). Au sein du siège de «Lumière Action» en réfection au CAT d'Abobo, il est prévu avec le soutien financier de la coopération française d'offrir des services de conseil et dépistage volontaire par les membres de l'ONG.

A la faveur de divers projets de prévention de la transmission mère-enfant du VIH initiés à Abidjan (DITRAME, RETRO-CI) la prise en charge psychologique a été un volet qui a fait l'objet d'une attention particulière. A Bouaké les membres de la section Bouaké de Lumière Action assurent un soutien psychologique qui est poursuivi au centre SAS où les PVVIH sont référées pour l'accompagnement psychologique. De nombreux besoins en formation de tous genres ont été exprimés. La qualité des services offerts n'a pu être évaluée au cours de cette analyse de la situation.

L'existence d'un système de référence et de contre-référence à Abidjan est limité contrairement à Bouaké où il y existe un système de référence fonctionnelle entre les différentes institutions (RSB, Centre SAS, Lumière Action, hôpital du jour, OSEAC, Centre Saint-Camille) qui collaborent avec le CIDV et entre elles pour tenter d'offrir une prise en charge globale avec un «continuum» d'activités aux PVVIH.

Togo

Au Togo de nombreux guides ont été élaborés et de nombreuses formations organisées à l'intention des acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA et l'ensemble a été couronné par l'ouverture à Lomé d'un centre de Conseil, de dépistage et de Documentation (CCD). Au Togo,

l'unique centre de CDV que représente le CCD n'arrive plus actuellement à prendre convenablement en charge ses clients de plus en plus nombreux.

Contrairement aux personnels de santé qui ont bénéficié de la plupart des formations effectuées en counseling, ce sont plutôt les associations de personnes infectées et/ou affectées par le VIH (Espoir et Vie, FAMME, Arc-en-ciel, AMC) qui mènent avec le centre de conseil et de dépistage (CCD) la majeure partie des activités de counseling et de prise en charge psychologique qui sont essentiellement concentrées à Lomé. Il n'existe pas de système de référence et de contre référence des PVVIH et de leur entourage. Les ruptures de stock de réactifs fréquemment constatées au Togo ont un impact sur la disponibilité du CDV mais également sur la sécurité transfusionnelle. Comme autres contraintes au CDV, nous pouvons signaler la confidentialité et le caractère involontaire du dépistage surtout exigé par certains religieux.

3.2. Soins et Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA

3.2.1. Prise en Charge Médicale

Burkina Faso

La demande de soins par les personnes vivant avec le VIH ou malades est importante au Burkina Faso. En dehors du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) dont l'ouverture est récente, il n'y a pas de structure hospitalière de référence pour les malades du sida. Le Centre de Traitement Ambulatoire s'individualise naturellement comme la structure de référence dans la prise en charge médicale des PVVIH. Théoriquement, la prise en charge des malades du sida s'entend dans un cadre intégré au système de santé du pays. Cette option se heurte cependant au manque de formation d'une grande partie des agents de santé tant à la prise en charge médicale qu'à la prise en charge psychosociale. Les associations semblent donc très engagées dans la prise en charge médicale ambulatoire. Elles ont ainsi tendance à se substituer aux services de santé à travers une collaboration non formelle avec des personnels de santé notamment des médecins du secteur public ou privé.

En collaboration avec l'OPALS et la Croix Rouge française, le CTA met en œuvre un projet de prévention de la transmission mère enfant destiné aux épouses enceintes des patients séropositifs suivis au Centre. En dehors des activités de soins, le CTA offre des services de conseil et dépistage volontaire anonyme au prix de 500 F CFA.

Bien que quelques médecins hospitaliers adressent des patients au CTA, il ne semble pas exister de liens formels entre le CHNYO et le CTA créant un système de référence cohérent. Par ailleurs, il ne semble pas y avoir de collaboration étroite entre le CTA et les associations. Celles-ci n'en font pas mention dans leur réseau de collaboration médicale.

Au niveau du secteur privé, certaines entreprises développent un début d'intervention dans le domaine du VIH/SIDA.

Cameroun

Des guides de prise en charge auraient été conçus mais n'ont été ni validés ni diffusés. Par ailleurs, selon les responsables du CNLS, une politique de prise en charge aurait été élaborée mais n'as pas fait l'objet d'une application sur le terrain. Il n'y a donc aucune norme nationale de prise en charge.

De l'avis de tous les praticiens et intervenants rencontrés, l'offre de prise en charge médicale des patients malades du Sida est très limitée. On note un début d'organisation à Yaoundé et Douala où des structures hospitalières sont connues pour offrir une prise en charge aux malades du Sida. Il s'agit essentiellement de l'Hôpital Laquintinie à Douala et à Yaoundé, de l'Hôpital Militaire, de l'Hôpital de Jour (Hôpital central), de l'Hôpital Général, du CHU et de la Clinique Bastos. Un Réseau des structures de prise en charge a été mis en place. Le personnel de ces structures a été formé en counseling, à la prise en charge des infections opportunistes et des IST.

Côte d'Ivoire

Le PNLS a élaboré en 1993 des guides de PEC des IO basés sur l'approche syndromique et utilisant des arbres décisionnels ou algorithmes. Les médicaments essentiels listés dans ces algorithmes sont disponibles au niveau de la pharmacie de la santé publique sous forme de génériques. En plus de ces documents, les personnels de santé du secteur public ont été formés à la prise en charge clinique et psychosociale sur l'ensemble du territoire au cours de la période 1994-1997. Au total plus de 1 000 personnes ont reçu une formation multidisciplinaire d'une semaine. A Abidjan, ces personnes étaient réparties sur 13 sites (10 FSU et 3 FSUCOM) comportant des services de consultation générale et des PMI. A l'intérieur du pays, au moins 30 personnels ont été formés dans chacune des 9 autres régions (en dehors de la région sud qui comprend la ville d'Abidjan).

On note un début d'organisation essentiellement à Abidjan où l'initiative d'accès aux ARV a favorisé la mise en place et le renforcement des services de prise en charge. Outre le service d'infectiologie du CHU de Treichville qui est le service de référence, il existe diverses offres de services de PEC dans la ville d'Abidjan. Pour la PEC des adultes, l'hôpital du jour (USAC), le CASM, les centres accrédités et de suivi prennent en charge les PVVIH. Malheureusement ces structures à elles seules ne suffisent pas à faire face à la demande.

Togo

En 1997, le PNLS/IST a renforcé l'accès aux médicaments essentiels génériques (MEG). Des problèmes se posent encore quant à la disponibilité de certains médicaments tels que la pyriméthamine et le fluconazole nécessaire pour le traitement de certaines infections opportunistes graves telles que la toxoplasmose et la cryptococcose. Les infections opportunistes les plus courantes (affections pulmonaires, dermatoses, diarrhées...) sont prises en charge avec plus ou moins d'efficacité grâce à la prescription des médicaments antibactériens et antifongiques génériques inscrits dans la liste des médicaments essentiels.

Le traitement par les antirétroviraux a été introduit depuis 1997 et on note une volonté manifeste des autorités nationales à rendre ces thérapeutiques accessibles aux PVVIH au Togo. Ainsi, les ARV sont exonérés de taxes douanières et deux grossistes répartiteurs ont entrepris de les importer. Soixante médecins, biologistes et pharmaciens publiques et privés ont été formés en 1998 à l'utilisation des ARV. Aucune appréciation n'est cependant possible sur l'ampleur et la qualité de l'utilisation des ARV (protocoles, observance). Les patients ou leurs familles achètent directement leurs médicaments auprès des grossistes répartiteurs sur une ligne client «PNLS » ce qui ne permet aucun suivi individuel.

Il nous a été rapporté que certaines entreprises du secteur privé auraient initié des interventions dans le domaine du VIH/SIDA. A cet égard, la visite de la structure médicale de l'Office Togolais des Phosphates (OTP) n'a pas été édifiante. Son personnel a certes bénéficié de différentes formations (counseling, prise en charge des IO et IST), mais les interventions sont encore timides même en ce qui concerne l'application des algorithmes de prise en charge des IST. Les ouvriers malades sont généralement hospitalisés à l'hôpital d'Afagnam ou le test est effectué systématiquement (souvent à l'insu du malade) et les résultats communiqués directement au personnel soignant de l'OTP ou indiqués sur le carnet d'hospitalisation du patient. Il n'y a donc aucune garantie de confidentialité voire de sauvegarde des droits des travailleurs en cas de séropositivité.

Tableau 1: Synthèse de la prise en charge médicale selon les pays

		Burkina Faso	Cameroun	Côte d'Ivoire	Togo
Prophylaxie par cotrimoxazole		+	+	+	-
MEG*		+	+	+	+
Charge virale	Disponibilité	+	+	+	-
	Localité	Bobo-dioulasso	Yaoundé	Abidjan	-
	Prix	Recherche	55 000	50 000	-
CD4/CD8	Disponibilité	+	+	+	+
	Localité	Bobo-dioulasso Ouagadougou	Yaoundé	Abidjan	Lomé
	Prix	10 000-17 000	15 000-20 000	12 000	10 000-17 000
PTME**		+	+	+	-
Disponibilité ARV		+	+	+	+
Tuberculose	PEC***	CAT	intégrée	CAT	intégrée
	Durée	8 mois	6 mois	6 mois	8 mois
	Molécules	Rifampicine, isoniazide, Pyrazinamide, éthambutol	Rifampicine, isoniazide, Pyrazinamide, éthambutol	Rifampicine, isoniazide, Pyrazinamide	Rifampicine, isoniazide, Pyrazinamide éthambutol

* MEG : Médicaments Essentiels et Génériques

** PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

*** PEC :Prise en charge

3.2.2. Prise en Charge Sociale, Communautaire et à Domicile

Burkina Faso

Au Burkina Faso, la prise en charge communautaire, bien que naissante, est très dynamique et couvre un large éventail d'activités. Malheureusement, les activités des associations, bien qu'étant variées, souffrent d'un déficit de coordination. Malgré les efforts réalisés par les OBC à travers ces activités, on dénote un fossé important entre les réponses actuelles (apportées par les associations) et les besoins ressentis aussi bien par les PVVIH que par les OBC. Au niveau des grandes villes comme Ouagadougou et Bobo-dioulasso, il existe un déséquilibre dans la couverture géographique et au niveau national, les villes autres que celles précédemment citées offrent peu de services communautaires.

Les soins à domicile ne sont pas encore organisés de manière systématisée. Les services offerts par ces groupes se limitent essentiellement au réconfort moral, à quelques soins infirmiers, à des aides aux travaux domestiques et à un soutien matériel limité. Ces services souffrent le plus souvent de l'insuffisance de moyens humains et financiers et du secret qui entoure encore le VIH/SIDA limitant ainsi l'implication effective des membres de la famille et de la communauté dans l'administration des soins à domicile.

De nombreuses OBC sont engagées dans la prise en charge sociale des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA. Les activités telles que l'aide alimentaire, le soutien nutritionnel, les activités génératrices de revenu, le soutien aux enfants vulnérables et orphelins ainsi qu'aux veuves sont développées par une dizaine d'associations aussi bien à Ouagadougou qu'à Bobo Dioulasso.

Cameroun

Au Cameroun, bien que le rôle potentiel des communautés soit reconnu, la mobilisation des communautés est encore dans une phase naissante et se limite essentiellement à quelques activités de prévention et de visites à domicile menées essentiellement par les ONG de PVVIH. Les actions menées sont fragmentaires et d'une couverture très limitée. La mise en place d'une réponse communautaire efficace nécessitera un partenariat effectif et fonctionnel entre le gouvernement, les prestataires des services de santé du secteur formel et les différentes organisations communautaires d'une part et, une collaboration et une coordination franche entre les différentes organisations communautaires entre elles d'autre part.

Les soins à domicile ne sont pas encore organisés de manière systématisée à part quelques initiatives individuelles menées par les groupes tels que la SWAA, l'AFSU, l'Hôpital du jour et les services médicaux catholiques qui assurent des soins à domicile. Au Cameroun, il était évident pendant l'analyse situationnelle que la prise en charge sociale était presque inexistante avec quelques initiatives limitées de la part des certaines ONGs et de certaines oeuvres sociales

religieuses. Des activités de soutien aux orphelins ont été mentionnées à Douala et sont menées par les ONG « Centre d'Accueil et de l'Espoir » et la SWAA avec le soutien financier du FNUAP.

Côte d'Ivoire

Les quelques actions communautaires notées au cours de cette analyse situationnelle sont en général le résultat des initiatives individuelles des quelques ONG et groupes communautaires confrontés à la réalité quotidienne des effets néfastes du VIH/SIDA. Les actions menées sont fragmentaires et d'une couverture très limitée. Il n'existe pas de guide national de PEC communautaire de sorte que les quelques activités initiées par les ONG (à majorité de PVVIH) n'apportent pas une gamme variée de réponses aux nombreux problèmes rencontrés par les PVVIH dans leurs communautés. A Abidjan, la couverture géographique des interventions est limitée aux communes de Treichville, Yopougon, Abobo et Koumassi. Au niveau des villes de l'intérieur, seules les PVVIH et PAVIH de Bouaké et Korhogo ont bénéficié de quelques activités communautaires. Quelques initiatives ont permis de soutenir des enfants orphelins et/ou vulnérables à Abidjan, Bouaké et Korhogo. Quant au milieu rural, il est délaissé. Parmi les contraintes répertoriées, on note le manque de formations des acteurs et l'insuffisance des moyens financiers.

En Côte d'Ivoire, les soins à domicile en dehors de l'expérience de RSB à Bouaké sont inexistantes. La prise en charge sociale a essentiellement été organisée par les différentes communautés de PVVIH.

Togo

Les quelques activités de prise en charge communautaire qui sont actuellement menées sont pour la plupart localisées à Lomé. Les activités des ONG qui offrent la prise en charge communautaire sont menées en collaboration avec des structures sanitaires. Le Togo, à l'instar des autres pays de l'Afrique subsaharienne, n'a pas encore organisé les offres de soins à domicile. La prise en charge sociale des PVVIH et des PAVIH reste encore embryonnaire. La faiblesse des activités communautaires et sociales s'explique par le manque de moyens financiers, l'absence de formation des intervenants, l'insuffisance du soutien des autorités nationales, la stigmatisation et la discrimination qui continuent à entourer le VIH/SIDA.

3.3. Prise en Charge des Infections Sexuellement Transmissibles

Burkina Faso

Le contrôle des IST compte parmi les stratégies de lutte contre l'infection à VIH au Burkina Faso et des interventions de grande envergure ont permis d'intégrer la prise en charge de ces infections au paquet minimum des soins des structures de santé. L'approche syndrômique est adoptée depuis 1992 et les algorithmes de prise en charge ont été révisés. Les données disponibles laissent présumer d'une assez bonne intégration de la planification familiale et des IST. La prise en charge des groupes à risque et notamment des prostituées est assurée dans le cadre du programme régional PSAMAO qui cible les camionneurs et les professionnelles du sexe le long des axes

migratoires. Ce projet est essentiellement axé sur la prévention. En milieu urbain, notamment à Ouagadougou et à Bobo, l'ONG AFAFSI a, grâce à des financements du FNUAP, entrepris un travail de sensibilisation et de cartographie des "femmes à partenaires multiples". Au niveau de la prise en charge clinique des IST, bien que les formations aient été réalisées à large échelle, il se pose le problème du suivi et de la supervision des personnels pour une application effective et efficace des recommandations. Il faut signaler la tentative d'introduction de kits de médicaments IST par le projet SIDA II. Au plan structurel, le plateau technique des laboratoires est généralement faible limitant leur utilisation par les prestataires de santé.

Cameroun

Au Cameroun, la demande de prise en charge des IST est importante. Les prestataires sont toutefois unanimes à faire remarquer que les structures de santé sont rarement le premier recours des patients IST. L'automédication jouerait un rôle très important. L'approche verticale spécialisée qui existait autrefois à travers des dispensaires antivénériens a été abandonné au profit d'une approche horizontale intégrant la prise en charge des IST aux consultations curatives des structures de soins de santé primaire. Les autorités en charge de la lutte contre les IST préconisent une prise en charge intégrée des IST basée sur l'utilisation des algorithmes. Malheureusement ces arbres décisionnels ne semblent pas avoir fait l'objet d'une diffusion à large échelle. Force est de constater que la prise en charge clinique des IST privilégie actuellement l'approche étiologique appuyée par de nombreux laboratoires bactériologiques existants à travers le pays. Le poids important des laboratoires dans le processus de recouvrement des coûts en est une explication. L'accessibilité à des médicaments génériques moins chers pour traiter les IST demeure encore limitée et la promotion du préservatif n'est pas encore systématique auprès des patients.

Il n'existe aucune intervention structurée en direction des groupes à risque et notamment des prostituées.

Côte d'Ivoire

En 1995, les IST représentaient 5% des motifs de consultations des formations sanitaires publiques d'Abidjan. Malheureusement de nombreuses IST sont encore traitées par automédication, en ayant recours aux vendeurs de médicaments ambulants ou dans les dispensaires privés tenus par des personnels souvent peu ou non qualifiés.

Organisées sur les trois niveaux de la pyramide sanitaire et intégrée aux soins de santé primaire, le contrôle des IST se fait en Côte d'Ivoire par l'approche syndromique avec l'utilisation d'algorithmes pour le diagnostic et le traitement des IST. Des kits de traitement ont été confectionnés (avec des médicaments génériques) en collaboration avec la Pharmacie de la Santé Publique. L'une des contraintes majeures du contrôle des IST en Côte d'Ivoire est la formation du personnel et la disponibilité des kits de traitements des IST. La sérologie de la syphilis est pratiquée dans le bilan prénatal de routine.

Depuis 1991, différents partenaires au développement ont soutenu en collaboration avec le PPP, des interventions ciblant les groupes à risques. La prise en charge clinique des IST en Côte d'Ivoire est organisée autour du service de Dermatologie-Vénérologie du CHU de Treichville, des trois Dispensaires anti-Vénéériens (Adjamé, Treichville et Daloa), de la clinique « Confiance » du

projet RETRO-CI à Koumasssi et de l'unité IST de l'Institut Pasteur (laboratoire national de référence). Le diagnostic de laboratoire est peu utilisé en dehors des structures de référence.

Togo

Au Togo, la demande de prise en charge en ce qui concerne les IST est variable. La charge de travail des IST dans les structures de santé varie de 5 à 25%. Comme dans la plupart des pays où la vente informelle de médicaments est largement répandue, l'automédication jouerait un rôle important dans le circuit thérapeutique des patients IST au Togo. La prise en charge est intégrée aux soins de santé primaires depuis 1994 et des guides de prise en charge ont été élaborés d'abord en 1992 et révisés en 1998. Le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes fait partie du bilan prénatal. Dans le cadre du PSAMAO, des activités de sensibilisation existent en direction des groupes cibles que sont les professionnelles du sexe et les camionneurs le long des axes routiers. Bien que l'approche syndromique soit préconisée et malgré les nombreuses formations entreprises, son utilisation est encore faible.